

ANNÉE 1924

THESE

N°

POUR

Le Doctorat en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)

PAR

François DELMAS

Né à Paris le 24 décembre 1891

LES AMPUTATIONS SPONTANÉES MÉCONNUES DE L'APPENDICE

Président : M. LE PROFESSEUR JEAN-LOUIS FAURE

PARIS
AMEDEE LEGRAND, EDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1924

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	LÉON BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
	GILBERT.
Clinique médicale	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en- céphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	Auguste BROCA.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
ABRAMI..... Pathologie médicale.	LABBÉ Henri Chimie biologique.
ALGLAVE.... Pathologie chirurgi-cale.	LARDENNOIS Pathologie chirurgi-cale.
AUBERTIN .. Pathologie médicale.	LE LORIER . Obstétrique.
BASSET Pathologie chirurgi-cale.	LEMAITRE ... Oto-rhino-laryngolo-gie.
BAUDOUIN ... Pathologie médicale.	LEMIERRE .. Pathologie médicale.
BINET Physiologie.	LEVY-SOLAL Obstétrique.
BLANCHETIÈRE Chimie biologique.	LHERMITTE .. Pathologie mentale.
BRANCA Histologie.	LIAN Pathologie médicale.
BRULÉ Pathologie médicale.	MATHIEU ... Pathologie chirurgi-cale.
BUSQUET ... Pharmacologie et ma-tière médicale.	METZGER ... Obstétrique.
CADENAT ... Pathologie chirurgi-cale.	MOCQUOT ... Pathologie chirurgi-cale.
CLERC Histologie.	MONDOR Pathologie chirurgi-cale.
DEBRÉ Pathologie médicale.	Pathologie chirurgi-cale.
CHAMPY Pathologie médicale.	MOURE Histologie.
CHIRAY Pathologie médicale.	MULON Bactériologie.
I. DE JONG.. Anatomie pathologi-que.	PHILIBERT . Pathologie médicale.
DUVOIR Médecine légale.	RIBIERRE ... Physiologie.
ECALLE Obstétrique.	RICHET Fils.. Anatomie.
FIESSINGER. Pathologie médicale.	ROUVIÈRE ... Physique médicale.
FOIX Pathologie médicale.	STROHL Pathologie médicale.
GARNIER ... Pathologie expéri-mentale.	TANON Pharmacologie et ma-tière médicale.
HARVIER. ... Pathologie médicale.	TIFFENEAU . Obstétrique.
HEITZ-BOYER Urologie.	VAUDESCAL . Histologie.
HOVELACQUE Anatomie.	VERNE Pathologie médicale.
JOYEUX Parasitologie.	VILLARET ... Ophtalmologie.
	WELTER

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	MM.
CAMUS Physiologie.	RETTERER . Histologie.
GOUGEROT .. Obstétrique.	
GUÉNIOT ... Pathologie médicale.	ROUSSY Anatomie pathologi-que.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE A TITRE PERMANENT

MM.

AUVRAY ... Clinique chirurgi-
cale.
CHEVASSU .. Clinique chirurgi-
cale.
LAIGNEL-LAVAS-
TINE Clinique médicale.
LEREBoullet Clinique médicale in-
fantile.
LÉRI Clinique médicale.
LœPER Clinique médicale.

MM.

OMBRÉDANNE Clinique médicale in-
fantile.
PROUST ... Clinique chirurgi-
cale.
RATHERY ... Clinique médicale.
SCHWARTZ .. Clinique chirurgi-
cale.
TERRIEN ... Clinique ophtalmo-
logique.

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé

Chargé du cours de chirurgie orthopédique
chez l'adulte pour les accidentés du tra-
vail, les mutilés de guerre et les infirmes
adultes.

FREY

Stomatologie.

N.....

Education physique.

LEDOUX-LEBARD ..

Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les
opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent
être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur
donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

A MES AMIS

A LA MEMOIRE DE MON AMI MAXIME THOMAS
MORT AU CHAMP D'HONNEUR

A MON PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN-LOUIS FAURE
*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
de présider cette thèse.*
(Hommage de respectueuse admiration).

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Externat

1910-1911 M. LE PR. DIEULAFOY (in memoriam).

M. LE D^r RICARD (St-Antoine).

1911-1912 M. LE D^r BAZY (Beaujon).

M. LE D^r MICHAUX (Beaujon).

1912-1913 M. LE D^r GALLIARD (Lariboisière).

1913-1914 M. LE PR. JEANSELME (Broca).

M. LE D^r SIREDEY (St-Antoine).

Internat provisoire

1920-1921 M. LE D^r LENORMANT (St-Louis).

M. LE D^r HALBRON (St-Louis).

Internat

1921-1922 M. LE D^r RICHE (Tenon).

1922-1923 M. LE D^r GREGOIRE (Tenon).

1923-1924 M. LE D^r LABEY (Lariboisière).

A MES AUTRES MAITRES

LES D^{rs} MARCILLE, FAROY, LOUIS BAZY,
HOUDARD, MOURE, MONDOR.

AU D^r TAVERNIER, professeur agrégé, chi-
rurgien des hôpitaux de Lyon.

AU D^r BAUMGARTNER, chirurgien de
l'Hôpital de la Charité.

AU D^r DESMARETS qui fut notre prosec-
teur à Clamart pendant deux ans.

AU D^r MARTIN qui a bien voulu nous aider
dans ce travail.

A MES MAÎTRES

Je garde à mes patrons d'internat un souvenir trop reconnaissant pour leur dédier seulement, suivant l'usage, une page où sont énumérés mes « Maîtres dans les hôpitaux ».

Je profite donc de l'occasion que m'offre cette modeste thèse pour remercier le Docteur Lenormant de son enseignement aussi lumineux qu'érudit et de sa souriante et affectueuse bonhomie qui fait de lui un maître que ses élèves pourraient confondre avec un camarade.

Que notre Maître, le Docteur Riche, trouve ici l'expression de notre respectueux attachement. Il nous a donné le goût d'une chirurgie saine et simple, ennemie des acrobaties opératoires, que sa grande habileté peut cependant lui permettre. Nous avons eu la chance de trouver en lui un chef paternel qui a su modérer nos enthousiasmes d'interne débutant par l'ironie souriante et un peu sceptique de son esprit toujours impartial et libre.

Le Docteur Grégoire a bien voulu nous aider dans ce petit travail. Il sait avec quel affectueux respect nous avons su goûter le charme de son enseignement et l'élégance académique de sa technique opératoire.

Nous avons passé nos deux dernières années d'internat sous la direction de notre maître Georges Labey ; nous

avons déjà été son externe avant la guerre ; c'est assez dire notre attachement pour ce maître, si fidèle lui-même à ses élèves. A son contact journalier, nous avons appris ce qu'on n'apprend dans aucun livre : la conscience chirurgicale la plus loyale et la plus élevée.

Dans son service, le Docteur Toupet a été pour nous un assistant inestimable. Nous ne saurons jamais assez lui dire tout ce que nous lui devons. Ses dons d'enseigneur viennent rehausser un admirable tempérament chirurgical. Il nous a montré ce que peut être la chirurgie moderne, utilisant tous les progrès, tous les essais, et exigeant toutes les qualités de l'esprit et toute l'habileté des gestes qu'une étude incessante veut porter à la perfection.

Au moment de quitter l'internat, je suis heureux de pouvoir renouveler à tous mes « chefs » l'assurance d'un dévouement fait d'estime et d'affection respectueuse.

INTRODUCTION

Il semble qu'on ait tout dit à propos de l'appendicite, et il paraît fastidieux d'aborder encore un sujet qui a perdu de sa vogue et que, seule, l'étude des fausses appendicites a récemment essayé de remettre à l'ordre du jour.

Cependant, nous avons cru intéressant de grouper, dans ce travail, un certain nombre d'observations, assez rares d'ailleurs, d'amputations spontanées de l'appendice.

Ces auto-amputations ne déterminent pas toujours une péritonite qui nécessite l'intervention immédiate. Dans ce cas, les deux segments de l'appendice sont, le plus souvent, facilement retrouvés, sinon facilement extirpables. L'opinion presque'unanime, aujourd'hui, est qu'il faut s'efforcer, à moins de contre-indications formelles, de faire, d'emblée, l'ablation complète de l'organe.

Nous n'aurons en vue, ici, que les cas où l'appendice s'est spontanément amputé au cours d'une crise, sans que l'intervention ait été nécessaire à ce moment.

L'appendicectomie, faite à froid à plus ou moins longue distance de la crise, ou à l'occasion d'une crise nouvelle, risque alors de demeurer incomplète.

On peut méconnaître l'amputation antérieure ; le bout distal peut n'être pas retrouvé.

Chez de tels malades, des récidives post-opératoires

possibles exposent, on le conçoit, à des erreurs de diagnostic, à des tergiversations thérapeutiques et à des difficultés opératoires considérables.

Les causes de l'amputation de l'appendice nous retiendront peu. Nous insisterons davantage sur l'évolution du segment détaché, sur les signes cliniques ou l'absence de signes de probabilité de cette amputation ; enfin sur la conduite à tenir en présence de tels cas.

FREQUENCE

L'auto-amputation *qui n'a pas donné lieu à une intervention d'urgence*, c'est-à-dire celle qui, cliniquement, est restée méconnue, est extrêmement rare.

Nous n'en avons retrouvé, dans la littérature, que neuf cas, dont cinq avec conservation du méso-appendice et quatre avec libération complète du fragment distal.

Nous apportons cinq nouvelles observations de la première variété et une de la seconde. (Observ. 10, 12, 13, 14, 15. - Observ. 1.)



ANATOMIE. PATHOLOGIQUE

L'amputation peut être complète ou incomplète. Dans le premier cas, les deux fragments sont totalement séparés. Dans le second, ils sont unis soit par le méso-appendice, soit par une sorte de ligament, plus ou moins grêle, vestige des lésions d'appendicite oblitérante ou sclérosante.

Le siège de la section varie. Elle se produit, en effet, à la base, à la partie moyenne ou près de la pointe.

A la base : le moignon cœcal mesure, alors, de quelques millimètres à deux centimètres. Le meso est le plus souvent conservé à cause de sa largeur et de sa riche vascularisation à ce niveau. (Observat. 3, 7, 9, 10, 11, 12.)

A proximité de la pointe : le fragment distal a une longueur de deux centimètres environ. (Observat. 1, 2, 5, 14.)

A la partie moyenne : le moignon cœcal est alors de dimension très variable. (Observat. 4, 6, 8, 13.)

La fréquence relative de ces différents cas se répartit, d'après nos observations, de la façon suivante :

A la base, 42,8 % ; à la pointe, 28,6 % ; à la partie moyenne, également 28,6 %.

Le moignon appendiculaire présente un aspect quelquefois caractéristique. Qu'il soit effilé ou en massue, il

existe, le plus souvent, un tissu cicatriciel manifeste, soit en trainées longitudinales, soit avec une disposition étoilée.

Sa consistance dure, scléreuse, le différencie d'une pointe normale d'appendice.

Il est, en outre, le plus souvent dépourvu de la petite frange graisseuse que l'on rencontre, presque constamment, à l'extrémité de l'organe sain.

S'il s'agit d'une amputation complète, la situation du segment libre est très variable. La plupart du temps, il se fixe derrière le coecum, tantôt intra-péritonéal (Observat. 1 et 5), tantôt sous-péritonéal (Observat. 2). On l'a retrouvé au contact du foie (Observ. 3) et contre la paroi antérieure (Observ. 4).

PATHOGENIE

Dans leur remarquable travail sur l'histologie pathologique de l'appendicite, Letulle et Weinberg consacrent un chapitre spécial à l'appendicite perforante.

Ils en décrivent deux types :

L'un, appendicite perforante folliculaire, aboutit à une perforation en emporte-pièce, limitée à l'aire d'un follicule.

L'autre, appendicite perforante nécrosique, aboutit à une perforation plus étendue, irrégulière, qui serait le dernier terme d'un processus gangréneux qu'ils dénomment, suivant les cas, nécrose de coagulation, nécrose momifiante, nécrose sphacélique.

Il est bien certain que de telles appendicites nécrosantes peuvent se terminer par une auto-amputation. Il suffit d'admettre une destruction assez étendue pour intéresser la totalité de la circonférence de l'organe.

Leur étude ne concerne, cependant, que des cas d'appendicite aiguë ; et les pièces examinées leur ont été fournies à la suite d'interventions d'urgence pour péritonite.

La découverte d'appendices formés de deux segments réunis par un très fragile ligament scléreux, *sans signes cliniques d'infection aiguë*, nous fait penser qu'à côté d'amputations par perforation, d'origine infectieuse indu-

bitable, il existe des segmentations dans lesquelles le rôle de l'infection paraît secondaire ou même inexistant.

On doit donc admettre, dans certains cas d'amputation spontanée, une pathogénie différente, probablement mécanique.

Nous avons été frappés par la fréquence de brides, congénitales ou acquises, sur le méso-appendice ou sur l'appendice lui-même. Une telle strangulation détermine, sans aucun doute, une *atrophie* des tuniques non pas par sclérose post-infectieuse, mais par sclérose atrophique due à l'arrêt de la circulation. Le rôle des ligatures ou compressions atrophiantes n'est d'ailleurs plus à démontrer.

Voici donc deux pathogénies absolument distinctes :

L'une, d'ordre *infectieux*, explique l'amputation totale, en un temps, par sphacèle.

L'autre, d'ordre *mécanique*, rend compte des amputations progressives, plus ou moins lentes. Les deux segments sont unis par une sorte de ligament cicatriciel, vestige des parois atrophies. La fragilité de ce ligament permet d'admettre sa rupture, c'est-à-dire l'amputation proprement dite. (Observ. 10, 11 et 15.)

Les deux mécanismes peuvent du reste se combiner. L'arrêt de la circulation favorisant le sphacèle ; la topographie *annulaire* de cette asphyxie expliquant la section complète.

Tels sont les cas d'appendicite calculeuse où le calcul sert d'agent d'étranglement de dedans en dehors.

De même l'infection d'un appendice aboutit plus

facilement à une amputation si l'organe est bridé ou coudé.

Enfin, dans d'autres cas, on peut faire intervenir une véritable ligature d'une branche de l'appendiculaire. Soit ligature aseptique, par couture de l'artériole dans le méso, soit par endartérite thrombosante si le méso participe à l'infection.

La distribution en échelle de ces artérioles fait comprendre que les lésions consécutives à la suppression de l'une d'elles soient seulement annulaires ; la vitalité des segments sus et sous-jacents étant assurée par l'artère appendiculaire restée intacte.

Letulle et Weinberg. Appendicite. Recherches histo-pathologiques. (Archives des Sciences médicales, 1897), p. 360.

R. J. Behan (Berlin). The American Journal of medical Science. Gangrène de l'appendice reproduite expérimentalement.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

L'amputation, au cours d'une appendicite aiguë, peut se produire en péritoine non défendu. Elle détermine alors une péritonite généralisée qui commande l'intervention d'urgence.

Ou bien un barrage a eu le temps de s'organiser, que ce soit un bloc d'épiploite au sein duquel plonge l'appendice, ou que ce soient des adhérences entre les anses voisines. Il se forme un abcès qu'un traitement d'attente (glace et diète) suffit souvent à éteindre et qui se résorbe.

L'oblitération des deux bouts se fait assez rapidement, sans doute, si l'on en juge par la fermeture souvent précoce de fistules stercorales d'origine appendiculaire.

En tout cas, cette oblitération est constante aussi bien pour le bout coecal que pour le fragment distal.

Par contre la *destinée* de ce fragment distal varie :

Il peut *se résorber*. L'affirmer *à priori* serait imprudent mais commode pour le chirurgien qui pourrait, ainsi, se dispenser de toute recherche.

Cette résorption paraît cependant possible (1) dans

(1) Delorme. Sté de Chirurgie 1894, p. 834. Fausse membrane éliminée avec le pus d'un abcès peri-coecal, reconnue histologiquement comme paroi appendiculaire à moitié digérée.

certaines conditions. D'autre part, ni le péritoine, ni l'épiploon n'ont un pouvoir phagocytaire bien démontré.

La disparition pure et simple d'une portion d'appendice détachée ne doit donc être admise qu'exceptionnellement.

Souvent, en effet, la vitalité de ce moignon reste assurée, soit par la *persistance du méso et de ses artères* (Observ. 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15) soit parce qu'il s'est *greffé secondairement* dans le voisinage. (Observ. 1, 2, 3, 4, 5.)

Pour expliquer l'*infection* de ce fragment, on peut invoquer la théorie de l'exaltation microbienne en vase clos. Une telle hypothèse est discutable. L'examen bactériologique montre que des collections en « vase clos » comme certains pyosalpinx ou certains abcès du foie, par exemple, sont amicrobiennes.

Il existe, d'ailleurs, d'assez nombreuses observations d'appendicites oblitérantes à contenu kystique non infecté. (Observ. 14.)

Il est plus plausible d'admettre que l'infection se fait par voie lymphatico-sanguine lorsque le méso-appendice est conservé ou par voie sanguine seule lorsque le fragment s'est greffé. Les observations d'appendicite d'origine hématogène se rencontrent, on le sait, assez fréquemment.

Quoi qu'il en soit, ce fragment distal, une fois infecté, se comporte comme un abcès enkysté, à parois fragiles ; sa perforation, toujours possible, fait courir au malade le risque d'une péritonite généralisée.

Si on admet que le bout coecal peut, pour son propre

compte, subir une évolution semblable, on voit qu'un *appendice amputé a la valeur d'un appendice double par le danger auquel il expose.*

D'autre part, si le malade a été débarrassé, au cours de l'intervention, d'un appendice suffisamment long pour n'être pas suspect, il est exposé, aux dépens du segment libre, à une véritable *récidive post-opératoire.*

CLINIQUE

* Après ce que nous avons dit de la pathogénie des amputations spontanées, on comprend que ce chapitre ne puisse donner lieu à aucun développement.

La lecture des observations ci-jointes montre, qu'en réalité, il n'existe aucun signe qui permette de soupçonner une section appendiculaire. Si, dans certains cas, la perforation paraît évidente, dans d'autres, au contraire, on pense soit à une crise tout à fait banale, sans signes alarmants, soit même à une appendicite chronique (Observations 5, 11 et 15).

Chez un malade déjà opéré d'appendicite, les signes cliniques de la « récédive » sont, en général, tout à fait nets, et reproduisent le syndrome appendiculaire, avec les signes habituels de péritonite localisée ou généralisée. Ce sont, ici, les antécédents qui trompent, et la notion d'une appendicéctomie antérieure fait penser à tout, sauf à l'appendicite.

C'est ainsi que, suivant la topographie des signes, on songera à une cholécystite, à une salpingite, à un foyer d'épiploite, voire même à un kyste hydatique.

Ce sont déjà des diagnostics à discuter, dans certains cas, sur un malade non encore opéré. On conçoit donc que, en cas de récédive post-opératoire, il sera bien difficile d'éviter l'erreur.

L'observation 1, tout à fait typique à cet égard, a trait à un malade qui, après appendicectomie, a refait trois crises, à deux, six et douze mois d'intervalle avant d'être opéré pour la seconde fois, sans diagnostic ferme du reste. Et ce malade avait été vu successivement par mon maître le Docteur Grégoire, par le Docteur Walthër et par le Docteur B. Bloch, prosecteur.

Dans les observations publiées, si la nature de la récurrence est restée méconnue, du moins l'indication opératoire formelle a-t-elle permis de sauver les malades. Mais il est possible que cette indication ne paraisse pas toujours aussi impérieuse lorsque l'appendicite-phobie n'a plus sa raison d'être.

D'autre part, il peut être difficile de faire accepter au malade ou à son entourage une deuxième intervention.

Il eût été intéressant de trouver quelque observation où les conséquences d'une telle abstention aient été relatées, encore faudrait-il que les vérifications nécropsiques aient été faites. Il y a peu de chances pour que de tels cas soient publiés.

CONDUITE A TENIR

1° On a affaire à un malade qui n'a pas encore été opéré.

a) *Avant l'opération.* — Il est indispensable, lorsqu'on apprend par l'interrogatoire qu'il y a eu une ou plusieurs crises d'appendicite, surtout si elles ont été sévères, de faire préciser avec soin la topographie de la douleur et ses variations possibles d'une crise à l'autre.

On recherchera, en particulier, les signes d'une appendicite retro-coecale : douleur à l'extension de la cuisse, participation hépatique ou pleurale, symptômes physiques éloignés de la paroi antérieure de la fosse iliaque et reportés vers la paroi postero-externe.

On recherchera de même s'il ne s'agissait pas d'une forme pelvienne avec symptômes annexiels, vésicaux ou rectaux.

Ces précautions permettront, en présence d'un appendice trouvé amputé, de diriger la recherche du segment détaché avec plus de méthode.

b) *Pendant l'opération.* — Il faut toujours vérifier la pointe d'un appendice qu'on enlève ; nous avons déjà signalé la petite frange graisseuse qu'on trouve presque constamment à l'extrémité d'un appendice normal. Un aspect cicatriciel de cette pointe, la brièveté de l'appendice

doivent faire soupçonner une auto-amputation.

Dans le doute, il est imprudent d'affirmer que le bout détaché s'est spontanément résorbé.

On doit donc rechercher un fragment aberrant. On s'aidera des données fournies par l'interrogatoire et on se guidera, dans cette recherche, plus par le toucher que par la vue. La consistance et les dimensions du résidu appendiculaire sont assez caractéristiques pour permettre de l'identifier.

Avant de se donner du jour, on explorera donc, au doigt, la région du carrefour iléo-appendiculaire. Si on sent quelque chose, on pourra agrandir son incision à bon escient. Si on ne sent rien il faudra :

1° Suivre le méso-appendice qui souvent sera un guide précieux s'il est conservé, même partiellement.

2° Explorer la fosse retro-coecale et ses diverticules possibles puisque c'est en ce point qu'on a le plus souvent retrouvé des pointes isolées d'appendice.

3° Explorer la zone retro-colique droite en aplatissant le colon ascendant sur la paroi postérieure de l'abdomen. On poussera cette exploration jusqu'à la face inférieure du foie sans négliger la région pré-rénale et la racine du mésentère.

Si cet examen fait découvrir le fragment égaré, on l'atteindra en incisant le péritoine pariétal le long du bord externe du colon et en rabattant, ensuite, le coeco-colon en dedans, en se méfiant de l'uretère.

4° L'exploration du petit bassin se fera en mettant le malade en position de Trendelenbourg, avec une valve assez longue, et en s'aidant de l'éclairage artificiel. On

vérifiera successivement les vaisseaux iliaques, les annexes droites, la paroi antérieure de la fosse iliaque, enfin la vessie et le recto-sigmoïde.

De telles manœuvres n'exigent pas, comme on pourrait le croire, une incision exagérée, à condition d'avoir une résolution complète de la paroi. La rachianesthésie est sous ce rapport l'anesthésie de choix. En tout cas, il est indispensable de ne pas décoller un bout d'appendice *sans voir* ce que l'on fait : on risque, en effet, de rompre une artériole assez importante assurant la vitalité de ce greffon et un tamponnement à l'aveugle ne suffirait pas à arrêter une telle hémorrhagie.

2° On est en présence d'une récidive post-opératoire d'appendicite.

Dans ce cas, on opère presque toujours « à chaud ». Après assèchement de la cavité péritonéale, il est rare que l'aspect des tissus ou des organes voisins de l'abcès ne permette pas d'arriver sur le foyer. Il est difficile de fixer une règle de conduite pour ces interventions atypiques, souvent malaisées. Un chirurgien habile parviendra à enlever l'appendice résiduel, si difficile soit-il à atteindre, et pourra établir un drainage logique et efficace. Si l'opération complète paraît contre-indiquée, à cause de l'état général du malade, on se contentera de drainer largement la cavité péritonéale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1. — Dr Grégoire (inédite).

Lucien B..., 59 ans, industriel, est pris le 8 juillet 1920, en pleine santé, de phénomènes péritonéaux graves, avec fièvre élevée, vomissement, pouls rapide. Le ventre est dur et ballonné.

Huit heures après le début de ces accidents, le malade est opéré d'urgence, sous le diagnostic de péritonite appendiculaire.

Première opération, le 8 juillet 1920. Incision dans la fosse iliaque droite. Du pus en abondance s'écoule du péritoine. En raison de l'état général très profondément atteint, on ne tente pas la recherche de l'appendice : la région iléo-coecale est le siège d'une réaction intense et les anses adhérentes entre elles, laissent préjuger d'une intervention longue et périlleuse, dans l'état actuel du malade. Drainage large, guérison.

Le 21 décembre 1920, le malade fait brusquement, quelques jours avant celui fixé pour l'ablation à froid de son appendice, une nouvelle poussée aiguë, sévère, qui se termine par un volumineux abcès de la fosse iliaque droite. Résorption lente de l'abcès.

Le 2 février 1921, *appendicectomy à froid*. L'appendice est assez court, très fortement adhérent aux anses voisines. Il est enlevé. En outre, on trouve, au niveau du fond du cœcum, une plaque rougeâtre, indurée et dont le centre ne paraît constitué que par la seule épaisseur du péritoine. Cette zone amincie s'ouvre d'ailleurs au moment où on es-

saie d'amener le cœcum. Double plan de suture pour enfouir cette zone indurée et perforée. Guérison.

En avril, le malade est pris d'une douleur brusque et violente dans la fosse iliaque droite, avec température à 39°5, pouls à 120, vomissements : C'est tout le syndrome de l'appendicite aiguë. La crise dure 48 heures et tout rentre dans l'ordre.

En août 1922, nouvelle crise identique. Le Docteur Blocq, qui voit le malade à ma place, m'écrit : « Si je ne savais pas que l'appendice a été enlevé, je ferais le diagnostic d'appendicite aiguë. »

En décembre 1922, crise identique. Je pense, alors, à la possibilité d'un morceau d'appendice laissé au milieu des adhérences. M. Walther penche pour une épiploite secondaire aiguë.

Le 14 décembre 1922, *nouvelle opération*. Je trouve, derrière le cœcum, enfoui profondément au milieu d'adhérences extrêmement serrées, le fond de l'appendice, long d'un centimètre environ, et qui avait dû être amputé spontanément lors de la première crise.

Guérison complète depuis.

Somme toute, après l'appendicectomie à froid le 2 février 1921, le malade a fait en avril, en août et en décembre trois crises nouvelles. Ce n'est que *près d'un an* après sa première opération qu'il fut débarrassé du reste de son appendice.

OBSERVATION 2. — Dr Bonneau. (Paris chirurgical 1911, p. 541.)

X..., garçon de 9 ans, est pris, le 3 juillet 1910, d'une forte diarrhée suivie, le lendemain, de douleurs dans le côté droit et d'un vomissement. Pendant 48 heures, arrêt des matières et des gaz. Peu de température, 15 jours de lit.

Le 6 août 1910, deuxième crise légère. Pas de vomisse-

ment ni d'arrêt des gaz. Fièvre à 40° le premier soir. 5 jours de lit.

Le 26 août, je vois l'enfant pour la première fois. La température rectale oscille entre 37°3 le matin et 37°8 le soir. Pouls 110. Abdomen souple. L'enfant indique de point de M. Burney comme étant le point douloureux.

Première opération. — Incision de Jalaguier qu'on agrandit vers le bas à cause de nombreuses adhérences. Appendice retro-coecal de 3 à 4 cm. Mésio-appendice à peu près détruit. Ablation, enfouissement. L'exploration de la fosse retro-coecale montre 5 à 6 ganglions violacés autour du cœcum. On les laisse.

Pièce : épaissement des trois tuniques. Taches hémorragiques sous la muqueuse. Les lésions prédominent sur la pointe ; à cet endroit, les trois tuniques forment un tissu cicatriciel blanchâtre, continu, au niveau duquel la lumière de l'appendice est complètement oblitérée. Guérison en trois semaines après deux poussées thermiques. Un mois après l'opération, abcès de la cicatrice. Fermeture lente en 5 semaines. Le 3 décembre 1910, troisième crise : douleurs, empatement, température, 39°.

Deuxième opération. — Liquide louche dans le ventre. Cœcum et grêle normaux. Les ganglions ont disparu. Recherche le long des vaisseaux iliaques, on ne trouve rien. Dans le petit bassin, non plus. On sectionne le lig. coecal externe pour mieux explorer la face postérieure du cœcum et c'est là qu'on trouve un bout d'appendice long de 2 centimètres 1/2, gangréné. Près de son extrémité, une artériole donne un vrai jet de sang et mérite une ligature.

Pièce : ballonnet parfaitement clos. Sorte de kyste à contenu muco-purulent, dont la surface interne est constituée par muqueuse intestinale.

Deux opérations à quatre mois d'intervalle.

OBSERVATION 3. — Friedlander. (Wien. Medic. Woch. 1909, p. 1001.)

A Pâques 1906, première crise d'appendicite qui dure une quinzaine de jours. Bientôt après, nouvelles douleurs.

Le 24 juin, légères douleurs, vomissements sans le moindre signe local. Température légère. L'après-midi, brusque poussée de température, collapsus, hoquet et douleur à la miction. Le soir du 27, l'enfant présente un météorisme diffus, avec un peu de sensibilité à droite et de résistance à la pression. La moitié inférieure droite du ventre respire mal. Température : 39°5 ; pouls 132.

Première opération. — De l'appendice, il ne reste que la base et un fragment informe, noirâtre. Pus libre dans le ventre sans tendance au cloisonnement. Amicrobien. Sort le 18 juillet.

Le 5 février 1908, de nouveau température, fortes douleurs, vomissements. A l'examen, météorisme, pas de contracture ; mais sensibilité généralisée et défense dans la fosse iliaque droite.

Deuxième opération le jour même.

Dans le Douglas, une cuillerée de pus liquide. Coecum libre, sans appendice. Le long du colon ascendant, en haut, sourd un peu de pus. On agrandit l'incision vers le haut. Sous la face inférieure du foie, entre elle, la vésicule et le mésocolon transverse, s'est formé un abcès à pus épais. Après s'être débarrassé de ce pus, on trouve, dans la cavité, au milieu d'adhérences, une masse grosse comme une cerise qui se laisse décoller facilement. Elle a une paroi épaisse, couverte de pus fibrineux et qui, sous la pression, se vide d'une goutte de pus épais, par un orifice bordé d'une muqueuse herniée. Les bords de cet orifice adhéraient très fortement au mésocolon.

Récidive 19 mois après la première opération.

OBSERVATION IV. — Friedlander (Wien. Mediz. Woch. 1909, p. 1001.)

Wilhelm W., 6 ans. Entre à l'hôpital le 3 mai 1905. Le 1^{er} mai 1905 il est pris, en pleine santé, d'une crise de

vomissements. Les jours suivants, douleurs dans le bas-ventre et température. Selle quotidienne avec lavement. A l'entrée, température 37,4, pouls 124. Un peu de défense abdominale, surtout à droite. Légère matité dans la fosse iliaque droite où la contracture est plus marquée. Au toucher rectal, léger empatement en haut et à droite.

Les jours suivants, selle spontanée ; plus de vomissements, presque plus de fièvre. Leucocytose : 10 000.

Six jours après son entrée, il n'y a plus qu'une légère sensibilité au niveau d'une zone de contracture limitée. Toucher rectal normal. Le 18 mai, douleur localisée, pas de fièvre, appendice palpable.

Le 21 mai, opération. Incision oblique. Coecum dans un lit d'adhérences récentes. Appendice gros, court, remonté vers le haut. Complètement séparée de lui, on trouve une masse, de la grosseur d'une datte, tendue, fortement adhérente à la terminaison de la ligne blanche.

OBSERVATION 5. — Loubat et Lataste (Journal de Médecine de Bordeaux, 1913.)

X..., femme de 28 ans. En octobre 1912, crise d'appendicite classique. Douleur vive dans la fosse iliaque droite, vomissements, constipation, fièvre. Les accidents s'amendent en quelques jours. Glace et régime liquide. Guérie en 15 jours.

En février 1913, la malade ressent de la douleur dans la région appendiculaire. Un seul vomissement. Constipation pendant deux jours. Elle entre dans le service du professeur Chavannaz avec le diagnostic d'appendicite chronique : douleur au point de Mac Burney, gargouillement coecal, constipation.

Opération (plus de quatre mois après la première crise).

Coecum libre. Appendice en position normale de 3 centimètres de long. On découvre, à 5 centimètres en dessous,

accolé à la face interne et inférieure du coecum, auquel il est uni par des adhérences péritonéales lâches, un petit corps allongé, en forme de noyau de datte, verticalement situé. Sa consistance est ferme, sa coloration, blanc rosé, comme celle de l'appendice. Il n'y a pas de doute sur la nature de ce corps qui représente un fragment d'appendice.

Ablation facile. Une ligature sur une des adhérences.

OBSERVATION 6. — Legac et Fournier (Sté Anatom. 1922, p. 322.)

P..., 26 ans, mécanicien, est amené à l'hôpital Saint-Louis le 26 janvier 1922 pour douleur abdominale diffuse et vomissements.

Antécédents : une crise de paludisme à l'armée d'Orient.

Le 3 mars 1919, à 10 heures du matin, douleur abdominale subite dans la fosse iliaque droite avec un vomissement. On l'amène d'urgence à l'hôpital des Invalides. Il reste 12 jours à la diète absolue avec de la glace sur le ventre. Il sort avec une convalescence d'un mois. Son billet d'hôpital porte : péritonite appendiculaire. Aucune intervention ne lui a été proposée.

Le 26 janvier 1922, à 14 heures, en plein travail, le malade est pris d'une douleur en coup de poignard dans la fosse iliaque droite avec vomissements alimentaires puis bilieux. Température 38°6 ; pouls 110, bien frappé, faciès terreux. Défense abdominale généralisée avec maximum au point de Mac Burney.

Opération immédiate. Liquide louche dans le ventre. Coecum libre, facile à extérioriser. On trouve un moignon d'appendice, normalement inséré, *absolument sain*, avec un méso court, non inflammé. Dans le bassin, noyé dans des adhérences épiploïques dont on se débarrasse par ligatures, on trouve une sorte de boudin de 10 centimètres de

long, à parois tendues, congestionné. Une plaque de sphacèle laisse s'écouler, au moment du dégagement, un liquide épais non fécaloïde, mais fétide. Ce boudin est pourvu d'un méso qui va se fixer au point d'insertion normal du méso appendice. En extériorisant le coecum, on reconstitue facilement l'appendice dont le méso est largement échancré au niveau de l'amputation. Drainage ; suites simples.

Récidive, aux dépens du bout distal, près de trois ans après une crise non opérée.

OBSERVATION 7. — Wagner. (Medical Record N.-Y. 1913, p. 339; t. II.)

Fanny C... 35 ans, femme de chambre.

D'une famille sans histoire de tuberculose ni de cancer, le sujet a toujours été en bonne santé.

En juillet 1912, pour la première fois, elle se souvient que, de temps en temps, elle souffrait du ventre, quelle que soit son alimentation. Cet état avait duré deux semaines ; ventre un peu ballonné.

Après une accalmie de deux jours, apparut brusquement une douleur en coup de poignard dans la région épigastrique. Un médecin, appelé, soulage la douleur, mais le ballonnement persiste. Elle se plaint de sensibilité abdominale et d'une sensation de pesanteur rectale.

Examen le 26 juillet 1912. Légère défense de l'abdomen sans zone de douleur spéciale. Un peu de liquide libre dans les flancs à la percussion. Au toucher, on sent, dans le cul de sac gauche, une masse en forme de saucisse, douloureuse à la pression. Diagnostic : Salpingite avec tuberculose péritonéale possible à cause du liquide.

Opération. — Laparotomie médiane. Un ou deux litres de liquide clair, légèrement teinté de sang à la fin de l'évacuation. Granulations sur le péritoine. Adhérences utéro-rectales et vésicales. La trompe et l'ovaire gauches plon-

gent dans une masse kystique, contenant le même liquide que dans le ventre. Annexes droites rompues dans une masse inflammatoire. Le coecum est parsemé de nodules sous-péritonéaux. L'appendice était réduit à un tronçon d'un quart de pouce de long et de l'épaisseur d'une allumette. En palpant la fosse retro-coecale, une masse est trouvée, que l'on enlève immédiatement et qui est constituée par le bout de l'appendice. Il était encore attaché par un mésentère d'aspect normal, bien que ses deux bouts fussent libres et complètement oblitérés. Ce fragment était gros comme un bon pouce et d'aspect gangréneux.

OBSERVATION 8. — Edm. et Gab. Potherat. (Sté de Chirurgie 1919, p. 330.)

Joseph R., 25 ans, est pris en novembre 1919, vers 15 heures, d'une douleur en coup de poignard, dans la fosse iliaque droite, si violente qu'il dut s'étendre par terre sans pouvoir se relever. Il est pris presque aussitôt de vomissements alimentaires puis bilieux, qui durent toute la journée. Amené à l'hôpital le soir.

Le lendemain, amélioration. Fièvre à 37°9, 38°5 pendant 5 jours, puis tout rentre dans l'ordre. Un mois d'hôpital : un mois de convalescence. Il entre à l'hôpital, de nouveau, le 12/2/19 pour se faire opérer parce qu'il souffre encore de temps en temps de sa région appendiculaire.

Operation. — On constate, en partant du coecum, que l'appendice s'engage dans une masse épiploïque qui l'entoure de toutes parts et adhère fortement au psoas. En examinant les choses de plus près, on voit que le bout proximal de l'appendice est libre pendant un centimètre environ, puis il s'amincit, s'effile, disparaît dans la masse épiploïque. Plus loin, reparait le bout distal, d'abord mince et effilé, puis volumineux et dur à son extrémité. L'organe s'est sectionné probablement en novembre dernier, alors qu'il était entouré d'épiploon ; la rupture a été

aveuglée et les deux orifices se sont peu à peu oblitérés sans qu'aucun accident ne survint.

OBSERVATION 9. — Péraire. (Paris Chirurgical 1913, p. 698.)

Présentation de pièce : Appendice enlevé à froid le 30 juin 1913. Appendice en deux segments. Segment coecal de 1 c/m, renflé, absolument fermé ; segment terminal grêle, comme atrophié. Entre les deux, cordon fibreux. Ce cordon est la trace de l'unique crise, le 25 avril 1913. La malade était restée six semaines au lit ; glace pendant un mois ; régime de boissons longtemps maintenu.

OBSERVATION 10. — Delmas. (Inédite.)

Mme S..., concierge, 29 ans. Toujours bien portante jusqu'en janvier 1923. A cette époque, elle se plaint de douleurs dans la fosse iliaque droite. Ces douleurs, assez mal définies, d'ailleurs, sont intermittentes sans rapport net avec l'alimentation et succèdent surtout à des périodes de fatigue. La malade souffre tous les jours pendant des semaines, mais se rappelle des périodes d'accalmie durant un mois. Au mois d'août dernier, une demi-heure après déjeuner, apparaît, dans la fosse iliaque droite, une douleur progressivement croissante et lancinante, suivie de nausées vers 16 heures. Des vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux, surviennent à partir de 22 heures et persistent, très violents, toute la nuit.

La température s'est élevée à 39° pendant deux jours.

Les douleurs persistent pendant huit jours.

La malade garde le lit dix jours.

Cette crise avait été prise, le premier jour, par un médecin pour une simple indigestion. Le traitement institué, diète et glace sur le ventre, fait tout rentrer dans l'ordre.

Depuis, la malade se plaint d'un état nauséux cons-

tant et d'inappétence. Amaigrissement de 10 kilos en trois mois.

Elle entre à Lariboisière en février 1924, dans le service du Docteur Labey. Opération. Ablation facile d'un appendice long de 10 c/m environ. Cet appendice est formé de deux segments : l'un coecal de 1 cm. 1/2, l'autre, de 8 centimètres, reliés par une sorte de ligament fibreux de 1 millimètre de diamètre.

OBSERVATION 11. — Judd. (Journal of Amer. Medic. Assoc. Octobre 1915.)

X..., Homme de 24 ans, raconte une histoire mal définie d'inflammation appendiculaire.

Au cours d'une opération sur le rein, l'appendice fut aperçu par l'incision lombaire et amené dans la plaie. Il n'était relié au cœcum que par une adhérence si délicate que le simple pincement entre les doigts suffit à la rompre.

On chercha avec soin, mais vainement, un orifice sur le cœcum. Le bout proximal était absolument fermé. L'appendice avait 7 centimètres de long, non dilaté, et contenait une petite quantité de mucus. Il montrait des lésions d'inflammation interstitielle chronique.

OBSERVATION 12. — Dr Martin. (Inédite.)

Mlle Renée B..., 17 ans.

Crise d'appendicite le 25 décembre 1919. Douleur vive puis occlusion. Glace.

Dans la nuit du 26 au 27, douleur aiguë, généralisée. Température 38°7 matin, 39°1 soir. Ventre ballonné.

Opération le 27 au soir. Pus fétide non fécaloïde dans le ventre.

Appendice non trouvé. 2 drains.

Suites à peu près normales. Abaissement de température.

Le 12 janvier 1920, état nauséeux, 39°

Le 14 janvier, évacuation d'une collection par le vagin. Abaissement de la température. Le 7 février, cicatrisation.

La malade se trouvant en parfait état, refuse l'ablation de l'appendice et la cure de l'éventration.

En juin 1923, douleur abdominale diffuse, état nauséeux. Température de 38°2 à 37°5 pendant trois jours. Glace, diète.

Le 2 juillet 1923, *intervention*. On rencontre d'abord l'épiploon rouge épaissi, facilement décollé ; puis le coecum dont part un moignon appendiculaire long de un centimètre environ, prolongé par une bride longue de 3 centimètres plongeant dans la fosse iliaque et qui se continue par une ampoule renflée, rouge, fluctuante. Ablation facile.

Pièce : Aucune lésion marquée du segment coecal ; le segment distal renferme du pus franc.

OBSERVATION 13. — Dr Martin. (Inédite.)

M. S..., Paul, âgé de 47 ans.

Première opération. — 21 août 1921 : Incision d'un phlegmon appendiculaire. L'appendice n'est pas recherché. 2 drains, 1 mèche.

Cicatrisation en 8 semaines.

En janvier 1922, élançements. Le malade refuse l'intervention.

En mars 1922, nouvelles poussées, glace pendant 18 jours.

Deuxième opération 24 avril 1922. — Le coecum est adhérent au péritoine pariétal ; décollement assez facile. L'origine de l'appendice est isolée et l'organe est suivi facilement sur une longueur de 5 centimètres. Le méso répondant à ce segment est tuméfié, rougeâtre, et présente 2 ganglions nets. L'extrémité de l'appendice ne semble pas normale ; en effet, en décollant à la sonde cannelée, on

trouve un battant de cloche adhérent au péritoine de la fosse iliaque. Dans cette partie distale, on trouve, après ablation, une hypertrophie de la muqueuse très vasculaire et un calcul stercoral en forme de noyau de datte.

Suites normales.

OBSERVATION 14. — D^r Martin. (Inédite.)

Mlle K..., âgée de 18 ans.

Entre à l'hôpital Tenon, pavillon Delbeau, le 3 mai 1920, pour douleurs au niveau de la fosse iliaque droite survenant tous les 3 ou 4 mois. Elle a été soignée à l'âge de 10 ans pour appendicite puis pour entérite.

Opération le 15 mai 1920. On trouve un appendice très long du volume d'un auriculaire d'adulte, adhérent. A la partie terminale, un étranglement scléreux ; la pointe est dilatée.

L'examen de la pièce montre que la zone étranglée est totalement oblitérée. L'extrémité renferme un liquide kystique, clair.

Suites normales.

OBSERVATION 15. — D^r Toupet. (Inédite.)

Mme Pa.... 30 ans. Sensibilité de la fosse iliaque droite, vérifiée à la radiographie. *Jamais de crise aiguë.*

Opération le 7 mai 1924. Appendice libre ; coecum un peu gros. Appendicectomie ; enfouissement.

Pièce : Appendice très grêle, long de 7 cm. Il est complètement sectionné à l'union de son 1/4 inférieur et de ses 3/4 supérieurs. Les extrémités sont complètement cicatrisées. La lumière appendiculaire est filiforme dans le bout proximal ; le bout distal est oblitéré.

CONCLUSIONS

I. L'amputation spontanée de l'appendice au cours d'une crise détermine quelquefois des accidents péritonéaux qui restent localisés et qui ne nécessitent pas toujours l'intervention d'urgence.

II. Aucun signe clinique particulier ne peut la faire soupçonner; d'autant plus que cette segmentation semble, dans certains cas, consécutive à un étranglement par bride qui s'effectue lentement, sans crise appendiculaire nette.

III. Le segment distal peut se résorber. Mais, plus souvent, il garde sa vitalité, soit par conservation de son méso, soit parce qu'il se greffe dans le voisinage.

IV. L'infection de cet appendice résiduel, par voie lymphatique ou par voie sanguine est toujours à craindre et peut aboutir à un abcès enkysté qui risque de se perforer.

V. Un appendice dont la pointe paraît cicatricielle devra donc être suspect et, dans ce cas, il est prudent de rechercher avec soin un fragment aberrant.

VI. Sans cette précaution, on s'expose, à l'occasion d'une récïdive aux dépens de ce fragment, à des erreurs de diagnostic et à des hésitations thérapeutiques qui peuvent être très dangereuses.

Vu et permis d'imprimer :

Vu : Le Doyen,

ROGER

Vu : Le Président de Thèse,

J.-L. FAURE

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

(France.)

BONNEAU. — Accidents provoqués par amputation spontanée de l'appendice, au cours d'une appendicite gangréneuse.

(Paris-Chirurgical 1911, p. 541.)

DELBET. — Amputation spontanée de l'appendice.

(Presse Médicale 1912, XX, p. 605-607.)

DELOREME. — Fausse membrane éliminée avec le pus d'un abcès pericoecal.

(Société de Chirurgie 1894, p. 834.)

LOUBAT et LATASTE. — Un cas d'amputation spontanée de l'appendice.

(Journal de Médecine de Bordeaux 1913, p. 472.)

PERAIRE. — Amputation spontanée de l'appendice au cours d'une crise. Appendicectomie à froid. Cordon fibreux reliant les deux moignons appendiculaires.

(Paris-Chirurgical 1913, p. 698.)

GUINARD. — Article appendicite. In Tté de Chirurgie de Le Dentu et Delbet.

L. LETULLE et WEINBERG. — Appendicite. Recherches histopathologiques.

(Archives des Sciences Médicales 1897, p. 360.)

LEGAC et FOURNIER. — Société d'Anatomie 1922. p. 322.)

(Anglo-Amérique.)

JUDD. — A specimen of auto-amputation of the appendix.

(Journal of the Medical Association, octobre 1915.)

BEHAN. — Gangrène de l'appendice reproduite expérimentalement.

(The American Journal of the Medical Science

WAGNER. — An appendix free in the abdominal cavity without peritonitis.

(Medical Record, New-York 1913, p. 339, t. II.)

(*Autriche.*)

FRIEDLANDER. — Deux cas d'amputation spontanée de l'appendice.

(Beibl. Z. D. Mitt. D. Gesellsch. F. Inner. Mediz. U. Kind. In.)

(Wien 1909, V. 52-58.)

— (Wien. Med. Wehnschr. 1909, LIX, 1101-1104.)

Imprimerie « LABOR », 8, Boulevard de Vaugirard, PARIS (15^e)
